



TITLE:

脾膿瘍を合併した脾体部癌の1例

AUTHOR(S):

楊, 忠和; 都志見, 久令男

---

CITATION:

楊, 忠和 ...[et al]. 脾膿瘍を合併した脾体部癌の1例. 日本外科宝函 1979, 48(4): 542-546

ISSUE DATE:

1979-07-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/208361>

RIGHT:

## 膵膿瘍を合併した膵体部癌の1例

都志見病院

楊 忠 和, 都志見 久令男

〔原稿受付：昭和54年5月10日〕

### A Case of Pancreatic Carcinoma Complicated by Pancreatic Abscess

TADAKAZU YOH and KUREO TSUSHIMI

Surgical Department of Tsushimi Hospital

Recently a 48 year old woman complaining of abdominal pain, anorexia and body weight loss was admitted to our hospital and was diagnosed to have a tumor in the pancreatic body by ultrasonography and by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. After the ERCP she began to show high fever and developed a very tender tumor in the upper abdomen.

On laparotomy, a large abscess was found in the omental bursa and the pancreatic body and the tail was necrotic. The necrotic pancreas was resected and the omental bursa was drained. The surgical specimens showed adenocarcinoma of the pancreas. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged after administration of anticancer drugs.

We should be always aware of possibility of evoking by ERCP acute pancreatitis and/or pancreatic abscess which can be quite lethal.

#### はじめに

膵膿瘍は比較的まれな疾患である。われわれは、膵癌の術前診断にて手術を施行した結果、膵膿瘍を発見した症例を経験した。さらに病理組織学的検索により膵癌の診断を得たため、術後、化学療法を施行した症例を文献的考察を加えて報告する。

#### 症 例

患者：48才、女性  
主訴：上腹部痛  
家族歴、既往歴：特記すべきものなし。  
現病歴：1978年4月下旬より上腹部鈍痛を生じたため、内科医を受診し、胃炎の診断にて治療を受けるも

Key Words : Pancreatic abscess, Carcinoma of the pancreas, ERCP.

索引語：膵膿瘍、膵癌、ERCP

Present address : Tsushimi Hospital, Karahi-3, Hagi, Yamaguchi, 758, Japan.



写真 1

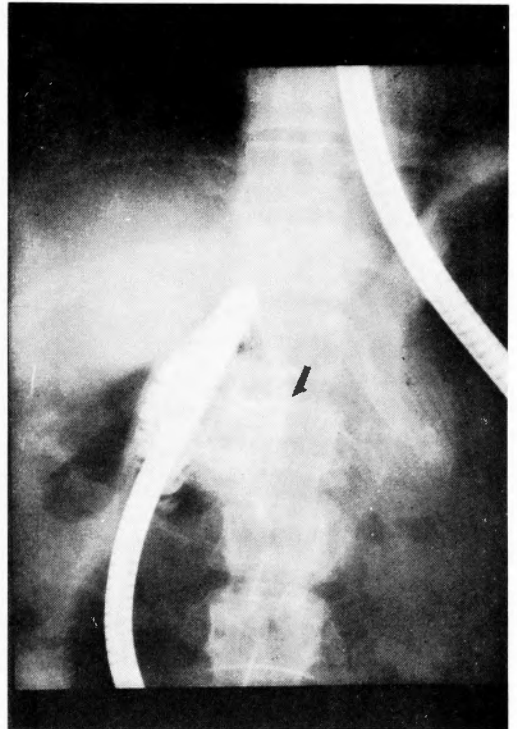


写真 2

軽快せず、5月中旬頃より持続性腰背痛、全身倦怠感、および体重減少が著明になってきた。約2ヶ月で20kgの体重減少があった。7月1日精査の為、当院紹介入院となる。

入院時所見：身長149cm、体重44kg、体温36.5℃、血圧140/90mmHg、体格中等、栄養状態不良、眼瞼結膜、眼球結膜にそれぞれ貧血、黄疸なく、胸部、四肢に異常を認めない。上腹部に軽度の圧痛を認めるも、他に異常所見を認めない。直腸指診も異常なし。

検査成績：赤血球427万、白血球5700、Hb 10.6g/dl、Hct 35%、血小板29万、血沈正常、検尿正常、BUN 11.8Nmg/dl、クレアチン1.0mg/dl、GOT 7、GPT 4、ChE 0.59、ALP 4.8 KA、ZTT 7、TTT 0.7、モイレグラハト6.0、LAP 130U、LDH 220U、A/G 1.4、TP 7.4g/dl、Alb 4.3g/dl、Glb 3.1g/dl、血清アミラーゼ 129.6U、尿アミラーゼ 180U、 $\gamma$ -GTP 29.8mU/ml、CRP(-)、Na 142meq/l、K 3.3mEq/l、Cl 100meq/l、CEA 3.0ng/ml、AFP 0.3ng/ml、血糖 50g 負荷試験：前 100mg/dl、60'114ng/dl、120'142mg/dl、180'138mg/dl、出血時間2分、凝固時間7分30秒、心電図正常、胸部、腹部単純写真異常なし。胃

透視、注腸透視、腎盂造影：異常を認めず 肝シンチ正常、膵シンチ及びGaシンチ：描出不能

膵エコーグラム(写真1)：膵体部を中心に輪郭が不整で内部構造が不均一な腫瘤を認む。

ERCP(写真2)：主膵管は途中で断端不整の閉塞像を示す。

入院2週間目より上腹部痛が強度になるとともに、38℃前後の発熱をきたし、上腹部に手拳大、表面平滑、境界不鮮明、圧痛強度、可動性無、波動性無の腫瘤を認めたため入院16日目に膵癌の疑いにて手術を施行した。

手術所見(写真3)：上腹部正中切開を行うと淡黄色腹水を中等度認めると共に横行結腸、胃間の大網直下に手拳大の波動性のある腫瘤を認めた。大網を切開するに大量の黄色の悪臭を伴う膿の排出を認めた。膿瘍は前壁を胃後壁及び大網に被包され、膵体部、尾部を中心に形成されており、尾部は壊死を呈していた。膵頭部は正常大で弾性硬として触知したが、炎症性硬結と診断し、膵体尾部切除術を施行し、膿瘍腔にドレインを挿入して閉腹した。膿汁培養にてブドウ球菌をみとめた。なお、大網、肝門部リンパ節、その他の腹腔



写真 3

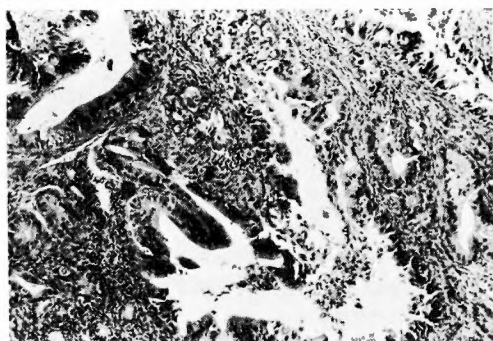


写真 4

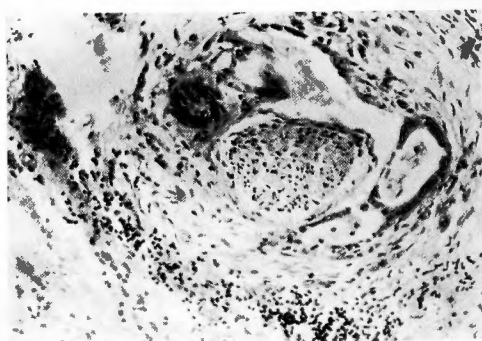


写真 5

内諸臓器に転移巣等の悪性変化を思わせる所見は認めなかった。

術後経過は良好で、下熱とともに上腹部痛は消失したが、術後の膵病理組織学的検索により膵癌の確診を得たため、5FU、MMC、PSK等の投与を行い軽快退院した。

**組織所見** (写真4, 5)：膵体部標本に腺癌を認めた。膵尾部標本にはランゲルハンス島に接して腺癌を認めた。所属リンパ節には転移を認めなかった。

## 考 察

膵臓癌の臨床病理学的記載は1889年すでに Fitz が行なっているが、膵臓癌の外科的手術症例は1907年 Brewer の報告が最初である。1925年 Moynihan<sup>7)</sup> は膵臓癌の致死性と治療法をのべている。すなわち網膜の誘導と débridement, 胆道内圧の減圧の必要性を強調している。最近では Camer<sup>2)</sup> の113例をはじめとして、Holden<sup>5)</sup> や Ranson<sup>8)</sup> の報告が目につくのみで、報告例は少ない。

膵膿瘍は大部分が膵炎の合併症として発生するが、その頻度は約4%<sup>13)</sup>である。年齢は30才より60才に多く、性差は3:1と男性に多い。Camerによると、膵膿瘍の患者は全て、肉眼的にも顕微鏡学的にも膵炎を基礎としており、膿瘍に先行する膵炎を急性膵炎、慢性膵炎、術後膵炎の3群に分類している。膵炎の基礎疾患として、アルコール中毒、胆道系疾患、膵癌、外傷、結節性動脈周囲炎、寄生虫疾患、膵パノプシ、消化性潰瘍、膵仮性嚢胞の二次感染、新生児膵炎、十二指腸への異物穿孔等が考えられる。Camerによると術後膵炎の基礎疾患としては、胃切除術、胆道系手術、特に総胆管切開術、膵切除術などが考えられる。われわれの症例でも膿瘍に先行した急性膵炎が存在したと思われ、その基礎疾患として膵癌が考えられる。しかし、術前に施行したERCP後上腹部に腫瘍を形成し、更に発熱、疼痛の出現から考えると、ERCPがTriggerとなり急性膵炎を生じた可能性も考えられる。

膵膿瘍を形成する感染経路として、感染胆汁の直接侵入、血行性による感染、胆嚢、大腸よりのリンパ性感染、横行結腸よりの直接穿孔等が考えられる。膵炎は必ずしも膵組織の壊死を来すわけではないが、膵壊死を起こした部分は感染しやすく、上記経路にて膵膿瘍を形成する。普通、膵膿瘍は網嚢内に発生することが多い。つまり、膵臓は小網の後方にあるため、膵炎がおこると、膵分泌物、壊死物、浸出液は小網内に流入するためであるが、後腹膜に沿い縦隔、横行結腸間膜、小腸間膜、腰筋、腎周囲、陰嚢へ拡がり存在することもある。

膿瘍内の細菌検査では、大腸菌が一番多く、他に連鎖球菌、ブドウ球菌等が認められ、耐性検査ではクロラムフェニコールにもっとも感受性が強いようである<sup>12)</sup>。われわれが得た耐性検査では広域スペクトルの抗生剤で十分と思われた。

膵膿瘍の臨床症状として、上腹部痛、側腹部背部痛、悪心嘔吐、食欲不振、体重減少、消化管出血、黄疸、下痢、発熱、上腹部圧痛、腫瘍の触知、腹部膨満、糖尿病、ショック、呼吸器症状などを呈するが、原因不明の発熱と圧痛を伴う腫瘍を触知し、更に上腹部痛が出現すれば、膵膿瘍を疑うべきである。

臨床検査所見として、白血球増加、Hctの低下、血沈亢進、高血糖、高アミラーゼ血症、低アルブミン血症、低Ca血症、肝機能異常、腎機能障害等が認められるが、これらの所見はRanson<sup>9)10)</sup>等の急性膵炎の

重症度に類似している。胸部レ線像では胸水の貯留、横隔膜の挙上、無気肺が約50%の割合で出現する。腹部レ線像にて“Soap bubble”を呈することもある。膿瘍の部位決定には、胃腸透視、注腸透視、腎盂造影は参考になるし、血管造影、腹部超音波、ERCPは診断に有効である。Hiller<sup>6)</sup>等は膵膿瘍の診断における超音波の重要性を強調している。

合併症として、膿瘍の腹腔内穿孔、横行結腸、胃十二指腸、気管、胆道への穿孔等は予後不良である。消化管出血や膿瘍の発生により血管が侵蝕をうけ出血をきたすこともある。膵組織の破壊に伴う糖尿病、胸水の二次感染、肺気管支梗塞、横隔膜下膿瘍、縦隔内膿瘍等の破裂による膿胸、細菌性心内膜炎、腸閉塞、腎不全、肝不全等もみられる。

膵膿瘍は遅かれ早かれ急性膵炎の経過中に発生するものであるから、Forell<sup>4)</sup>やRanson等の重症度分類を十分考慮に入れて対応すべきであるし、保存的治療にかかわらず、全身状態が急に悪化したり、治療に反応しない場合は膵膿瘍の存在を疑い外科的処置を行うべきである。内科的治療のみでは予後はきわめて悪く、膵膿瘍が疑われる場合、早期外科的ドレナージ術を施行すべきである。膿瘍腔を大きく開き、膿及び壊死物、凝血、腸間膜脂肪を除去し、壊死組織のdébridementを施行し、サンプドレインやベンローズドレイン等を用い誘導を行う。稀に膿瘍腔のpackingや造袋術が行われることがある。長期十二指腸閉塞や瘻孔形成がある場合、完全静脈栄養や空腸栄養が必要となる場合がある。抗生物質の術前投与については問題があるが、一般には術前より開始すべきである。膵膿瘍が存在する場合、その原因疾患の治療は膿瘍の治療後に行うべきである。外科的ドレナージ術後の生存率は50~70%である。

ERCPは膵、胆道疾患診断における有力な検査法の1つであるが、合併症にも十分注意する必要があると思われる。すなわち、本症例は病理学的に膵癌の確診をえたが、ERCPがTriggerとなり膵膿瘍を形成したと思われるため、ERCP後高熱、白血球増多を認めたならば抗生物質による強力な化学療法を施行すべきであり、又膵膿瘍の形成も考慮する必要があると思われる。

## 参 考 文 献

- 1) Bolooki H Jaffe B: Pancreatic abscess and lesser omental sac collections, Surg Gynecol Obst 126:

- 1301-1308, 1968.
- 2) Camer SJ : Pancreatic abscess : A critical analysis of 113 cases. *Am J Surg* **129** : 426-431, 1975.
  - 3) Evans FC : Pancreatic abscess. *Am J Surg* **117** : 537-540, 1969.
  - 4) Forell MM : Die Konservative Behandlung der Pankreaserkrankungen. *Der Internist* **5** : 453, 1964.
  - 5) Holden JL, Berne TV : Pancreatic abscess following acute pancreatitis. *Arch Surg* **111** : 858-861, 1976.
  - 6) Miller TA : Pancreatic abscess. *Arch Surg* **108** : 545-551, 1974.
  - 7) Moynihan B : Acute pancreatitis. *Ann Surg* **81** : 132, 1925.
  - 8) Ranson JHC : Prevention, Diagnosis and treatment of pancreatic abscess. *Surg* **82** : 99-106, 1977.
  - 9) Ranson JHC : Prognostic signs and non-operative peritoneal lavage in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obst* **143** : 209, 1976.
  - 10) Ranson JHC : Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obst* **139** : 69, 1974.